

# Mission de Jean Luc Bérard, Pr Stéphane Oustric et Stéphane Seiller sur la prise en charge des arrêts de travail

## Messieurs les membres de la commission en charge de la question sur l'indemnisation des arrêts de travail,

Vous trouverez ci-après **25 propositions** que nous formulons ainsi que leurs commentaires. Ces propositions sont assujetties à un ensemble de remarques préalables.

- La hausse de la dépense des indemnités journalières est très largement corrélée aux dispositions visant le recul de l'âge de la retraite. Elle ne constitue pas un phénomène d'aggravation inexplicable voire incontrôlée de la dépense. Cette hausse est par ailleurs minime au regard des sommes nouvellement perçues par les recettes engendrées par la même mesure.
- La hausse de la dépense en indemnités journalières est également comparable à celle du médicament dont la maîtrise des coûts reste beaucoup plus préoccupante et dont la facture globale est plus du double de celle des Indemnités Journalières,
- La relation est clairement démontrée entre la dépense en arrêt de travail y compris en assurance maladie et les conditions de travail sans que la branche AT/MP en assume pleinement le coût.
- Les secteurs d'activité professionnelle à profil « majeur » de dépenses en arrêt de travail sont à ce jour parfaitement identifiés,
- La question de l'analyse de la dépense des Indemnités journalières ne peut être dissociée de celle de la dépense du poste de l'assurance Invalidité
- La préoccupation de la fonte des effectifs visant la médecine de conseil et de contrôle de la CNAM, les services de santé au travail, les établissements hospitaliers, ainsi que le débordement des capacités de traitement par les MDPH méritent toute votre attention,
- La nécessité du maintien et du renforcement du pilotage de régulation visant les arrêts de travail par les services de la CNAM nous paraît s'imposer au regard de ses moyens et de la tenue de ses informations.
- Cette prééminence reste également la garantie de l'équité de traitement des assurés sociaux et de l'indépendance des décisions portées notamment en matière de contrôle. C'est également la garantie permettant de veiller à ce que les moyens et les actions mis en œuvre servent prioritairement l'intérêt collectif,
- Nous exprimons notre volonté de voir supprimer le délai de carence qui pénalise bon nombre de salariés et dont l'efficacité au regard des législations de pays voisins n'est pas établie.

### Les membres de la délégation CFE-CGC

Dr Jean-François GOMEZ – Délégué national CFE-CGC

Dr Yvan MARTIGNY – médecin conseil CNAM - chargé de mission AT/MP

Dr Anne-Laure GAUTHIER-FAVRET – médecin conseil CNAM, membre cellule PDP, référent PFIDASS et PLANIR (dept. 17)

Dr Dominique CHAILLET-POIRIER – médecin conseil CNAM, référent AT/MP (dept. 69)

Mme Leslie ROBILLARD – Chargée d'étude CFE-CGC

## 25 pistes de propositions CFE-CGC pour la maîtrise des arrêts de travail

<i>P1 : Instruire le médecin traitant .....</i>	<i>2</i>
<i>P2 : Aider le médecin traitant à la prescription .....</i>	<i>2</i>
<i>P3 : Favoriser un temps suffisant d'échange, valorisé, entre Médecin traitant – Médecin conseil .....</i>	<i>3</i>
<i>P4 : Mesurer plus justement la responsabilité du prescripteur sur la prescription d'arrêts .....</i>	<i>3</i>
<i>P5 : Fixer par voie législative ou réglementaire l'initiation et le délai d'exécution de visites de pré-reprise..</i>	<i>3</i>
<i>P6 : Développer les moyens des services de santé au travail sur la visite de pré-reprise avec retour d'information sur le contenu des préconisations, vers le médecin traitant et le médecin conseil, dans des délais fixés .....</i>	<i>3</i>
<i>P7 : Prioriser la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) .....</i>	<i>3</i>
<i>P8 : Constituer « un profil » de l'absentéisme pour les entreprises d'au moins 250 salariés.....</i>	<i>3</i>
<i>P9 : Etendre l'information de ce « profil » aux I.R.P. de l'entreprise.....</i>	<i>3</i>
<i>P10 : Inclure l'information « arrêt de travail » au sein du DMP avec consultation obligatoire du DMP par le médecin traitant sur la question des arrêts de travail et ou inclure l'historique des arrêts de travail au sein des logiciels de prescriptions en ligne de la CNAM .....</i>	<i>4</i>
<i>P11 : Appuyer la mise en œuvre du temps partiel thérapeutique, du télétravail, du travail à domicile par des mesures d'incitation des employeurs .....</i>	<i>4</i>
<i>P12 : Supprimer l'obligation d'arrêt à temps complet en préalable à l'obtention d'indemnisation d'un arrêt à temps partiel.....</i>	<i>4</i>
<i>P13 : Renforcer l'information médicale transmise au Service médical de la CNAM par l'obligation de codage simplifiée des pathologies et accès au DMP pour ce même service.....</i>	<i>4</i>
<i>P14 : Affiner le montant du calcul de la sous déclaration des AT/MP .....</i>	<i>4</i>
<i>P15 : Introduire une démarche graduée et personnalisée de correction de l'absentéisme « maladie » par entreprise.....</i>	<i>4</i>
<i>P16 : Reconnaissance du syndrome d'épuisement professionnel en tant que MP sur tableau .....</i>	<i>4</i>
<i>P17 : Engager un axe commun ARS-Assurance Maladie dans le cadre de leur plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins .....</i>	<i>4</i>
<i>P18 : Renforcer la stratégie de l'assurance Maladie en fonction de la borne du 120<sup>ème</sup> jour .....</i>	<i>4</i>
<i>P19 : Renforcer l'optimisation du parcours de soins par un dispositif d'incitation voire d'accréditation des établissements.....</i>	<i>5</i>
<i>P20 : Simplifier les règles de calcul de droit et de montant des IJ.....</i>	<i>6</i>
<i>P21 : Renforcer les moyens de la prévention notamment à partir des excédents de la branche AT/MP .....</i>	<i>6</i>
<i>P22 : Renforcer le pouvoir d'injonction des services des CARSAT sur la sinistralité constatée au sein des entreprises .....</i>	<i>6</i>
<i>P23 : Mettre en place un taux professionnel tenant compte de la mesure de capacité de redéploiement dans un emploi .....</i>	<i>6</i>
<i>P24 : Mettre en place un complément de rente à charge de l'Assurance Maladie au titre de l'Incapacité définitive au travail.....</i>	<i>6</i>
<i>P25 : Ajuster la législation sur la validité des indemnités journalières après l'âge légal de la retraite .....</i>	<i>7</i>

### Développement des propositions

#### **P1 : Instruire le médecin traitant**

Développer et harmoniser l'enseignement de la réglementation médico-sociale durant le troisième cycle de formation des étudiants en médecine avec inclusion d'un enseignement théorique et de stages pratiques au sein du service du contrôle médical de la CNAM et des CPAM

#### **P2 : Aider le médecin traitant à la prescription**

Mise en place d'une démarche de référentiels médicaux sur les principaux motifs d'arrêts de travail de courte durée (inférieur à un mois), sous l'égide de l'HAS et par un travail commun CNAM et sociétés savantes de médecine générale

### **P3 : Favoriser un temps suffisant d'échange, valorisé, entre Médecin traitant - Médecin conseil**

Par voie conventionnelle, l'officialisation d'un temps d'échange suffisant, valorisé, annuel ou biannuel, propre à faire le bilan de la prescription mais également le partage des difficultés de positionnement, permettrait le rapprochement des deux praticiens et l'optimisation des résultats. Les retombées de ce type d'échange dépasseraient largement leur coût notamment sur la question des arrêts de travail.

### **P4 : Mesurer plus justement la responsabilité du prescripteur sur la prescription d'arrêts**

Si le médecin traitant est le point de centralisation et de coordination de la prise en charge médicale, il est nécessaire de pouvoir lui imputer le seul volume d'arrêts de travail dont il est responsable. Les logiciels Assurance Maladie doivent pouvoir intégrer le différentiel entre les prescriptions propres au médecin traitant de celles qui sont le relai d'un opérateur différent (chirurgien, spécialiste, ...). Il y a nécessité également à renforcer la communication et la traçabilité entre les deux coopérateurs, notamment sur la question de la durée de l'arrêt de travail.

### **P5 : Fixer par voie législative ou réglementaire l'initiation et le délai d'exécution de visites de pré-reprise**

La visite de pré-reprise est loin d'être optimisée aujourd'hui. Elle reste sous utilisée alors qu'elle devrait être un temps essentiel pour la prévention de la désinsertion professionnelle et gagnerait à être rendue obligatoire à une échéance fixée.

### **P6 : Développer les moyens des services de santé au travail sur la visite de pré-reprise avec retour d'information sur le contenu des préconisations, vers le médecin traitant et le médecin conseil, dans des délais fixés**

Les deux propositions précédentes (P5 et P6) supposent que les moyens soient donnés au service de santé au travail et que les dispositions soient renforcées sur l'indépendance de leur décision tout autant que sur leur accès aux données médicales du patient/assuré. Il y a nécessité à faire évoluer les dispositions visant la question du secret médical dès lors que la transmission d'informations ne concernerait que des médecins.

### **P7 : Prioriser la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)**

Il est à noter que la reconnaissance de la RQTH est un élément important du maintien dans l'emploi ou dans le cadre de la recherche d'un emploi. La démarche de reconnaissance prend la plupart du temps plusieurs mois généralement couverts par le revenu de substitution que constitue les indemnités journalières. Il y a à établir des priorités et à donner des moyens dans le cadre de la mission des MDPH.

### **P8 : Constituer « un profil » de l'absentéisme pour les entreprises d'au moins 250 salariés**

La CNAM développe des actions d'informations et d'accompagnement des entreprises sur la question de l'absentéisme en « maladie » notamment en faisant état de l'absentéisme lié aux trois grands cadres nosologiques que sont les RPS, la lombalgie, les TMS.

Le profil présenté doit permettre de faire état de la situation de l'entreprise et de sa comparaison avec les entreprises de même taille dans le même secteur d'activité.

### **P9 : Etendre l'information de ce « profil » aux I.R.P. de l'entreprise**

Actuellement les interlocuteurs des actions « CNAM » sont limités aux responsables de l'entreprise, une information telle que précédemment précisée, doit pouvoir être transmise et présentée aux I.R.P. afin de faire levier sur la stratégie de prévention.

**P10 : Inclure l'information « arrêt de travail » au sein du DMP avec consultation obligatoire du DMP par le médecin traitant sur la question des arrêts de travail et ou inclure l'historique des arrêts de travail au sein des logiciels de prescriptions en ligne de la CNAM**

Dès lors qu'une prescription d'arrêt de travail est établie, la prise de connaissance de l'antériorité d'un arrêt de travail et l'identification des prescripteurs précédents doivent pouvoir relever d'une obligation légale. La traçabilité de l'historique des arrêts de travail et de leur motif devraient être incluse au sein de l'information du DMP et également pouvoir être mentionnée et consultable au sein des logiciels « Assurance Maladie » de prescriptions en ligne.

**P11 : Appuyer la mise en œuvre du temps partiel thérapeutique, du télétravail, du travail à domicile par des mesures d'incitation des employeurs**

**P12: Supprimer l'obligation d'arrêt à temps complet en préalable à l'obtention d'indemnisation d'un arrêt à temps partiel**

**P13 : Renforcer l'information médicale transmise au Service médical de la CNAM par l'obligation de codage simplifiée des pathologies et accès au DMP pour ce même service**

**P14 : Affiner le montant du calcul de la sous déclaration des AT/MP**

La commission de l'art L 176-2 du code de la S.S. évalue la sous déclaration AT/MP à partir d'éléments de flux et non de stock (pas de prise en compte des pensions d'invalidité dont la dépense globale a dépassé en moins de 10 ans, les 5 milliards). La commission a par ailleurs souligné que de nombreuses MP déclarées ne donnaient suite à aucune dépense sur la branche AT/MP malgré leur gravité (8% des affections rachidiennes, 46% des TMS, 64% des BPCO, ...).

**P15 : Introduire une démarche graduée et personnalisée de correction de l'absentéisme « maladie » par entreprise**

Si les prescripteurs largement « atypiques » font l'objet d'une démarche graduée d'ajustement de leur prescription (entretien d'alerte, mise sous accord préalable, ...), la caractérisation d'entreprises largement atypiques assortie d'une démarche de correction à l'identique des prescripteurs doit pouvoir se faire (entretien d'alerte assortie de délai d'ajustement, de mesures d'ajustement jusqu'à malus personnalisé visant la participation à l'enveloppe de la sous déclaration).

Il est à noter que les secteurs les plus exposés à l'inflation des arrêts « maladie » sont à ce jour et depuis de nombreuses années, bien identifiés.

**P16 : Reconnaissance du syndrome d'épuisement professionnel en tant que MP sur tableau**

Il n'y a plus discussion à la reconnaissance et à la caractérisation médicale du syndrome d'épuisement professionnel. La reconnaissance législative et réglementaire doit s'imposer.

**P17 : Engager un axe commun ARS-Assurance Maladie dans le cadre de leur plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins**

Le PNGDRESS marque un progrès dans le cadre de l'appropriation de la notion de gestion du risque par les ARS mais également sur le plan de la synergie ARS-AM. Pour autant, les actions transversales et communes sur des thèmes bien identifiés doivent être renforcées. La thématique des « arrêts de travail » peut constituer un élément commun de préoccupation, l'hôpital étant un fort prescripteur.

**P18 : Renforcer la stratégie de l'assurance Maladie en fonction de la borne du 120<sup>ème</sup> jour**

A) Les arrêts courts se caractérisent par un effectif de grande ampleur qui limite l'efficacité des actions de contrôle. Ils répondent par ailleurs à un faible niveau de dépense pour l'Assurance Maladie.

B) Les arrêts longs à partir du 120<sup>ème</sup> jour correspondent à un effectif adapté à l'ensemble des stratégies de régulation (accompagnement et ou contrôle des assurés, des prescripteurs) et surtout aux

moyens dont dispose l'Assurance Maladie.

Par ailleurs plus un arrêt est long, plus les composantes de la dimension de l'arrêt se complexifient (gestion du parcours médical, gestion de la préservation dans l'emploi ou de la reconversion, ...), mais c'est également là que les gains de réduction ou d'adaptation des durées d'arrêts sont les plus importants en fonction de la précocité des mesures de repérage et de mise en œuvre des actions des différents intervenants.

Au total :

- En deçà de 120j, il convient de favoriser les stratégies d'accompagnement et d'encouragement des prescripteurs à la prescription (cf P3 et P18), des entreprises à la prévention et de limiter le contrôle à la mesure de l'activité de prescripteurs atypiques, d'assurés atypiques par leur consommation, leur nomadisme et à des thématiques spécifiques marquantes des arrêts de courtes durées visant notamment les cadres les plus identifiés, conflit au travail et RPS, lombalgie, TMS.
- Au-delà de 120j, il convient de,
  - a) Favoriser l'exhaustivité du contrôle en adaptant le mode opératoire en fonction de l'appréciation médicale (examen sur pièce ou sur personne de l'assuré). Il est à noter que la stratégie de contrôle de la CNAM déterminée à partir de la fixation d'indicateurs visant à figer les modes opératoires des contrôles (majoritairement sur personnes) peut être à l'origine d'une perte d'efficacité sur l'utilisation de la ressource « expertale » du « temps praticien » du contrôle médical dans un contexte de paupérisation des effectifs.  
Une réflexion s'impose sur la pertinence d'indicateurs au sein des contrats pluri annuels de gestion afin d'éviter qu'une réussite des CPG ne s'accompagne d'un échec du résultat en termes de gestion du risque.
  - b) Prendre en compte la démarche d'optimisation du parcours médical par les établissements (cf. infra P19)
  - c) Développer la prévention de la désinsertion professionnelle par la coordination la plus précoce des intervenants. Il convient de mobiliser de façon plus marquée, les praticiens traitants comme les praticiens hospitaliers notamment au sein des services de rééducation fonctionnelle. Ces derniers couvrent le champ des pathologies les plus concernées par la démarche de prévention de la désinsertion professionnelle. Si la stratégie d'organisation du service du contrôle médical de la CNAM permet de resserrer les liens de communication médecin traitant – médecin conseil, le champ de la communication vers l'hospitalier reste à développer.  
Si la démarche reste globalement moins productive, hormis la population des cadres, pour les patients de plus de cinquante ans, l'accent doit être porté pour les assurés en deçà de cet âge.
  - d) Apprécier la décision de mise en invalidité, notamment, par une décision collégiale de pairs, en particulier dès le début de la deuxième année d'IJ afin de renforcer l'équité de traitement des assurés sociaux.

### **P19 : Renforcer l'optimisation du parcours de soins par un dispositif d'incitation voire d'accréditation des établissements**

L'optimisation du parcours de soins repose sur deux leviers principaux, la technique purement médicale et l'organisation de la filière de prise en charge.

- S'agissant de la « technique médicale »,  
la redéfinition des compétences des structures hospitalières, voulue par le PLFSS, doit pouvoir s'accompagner de critères d'engagement sur la technique et les champs de prise en charge médico-chirurgicale les plus performants en termes de durées d'incapacité du patient. L'encouragement à la chirurgie ambulatoire doit conduire à des dispositifs d'accréditation de l'établissement afin de parvenir à plus d'efficacité de mise en œuvre.  
Il pourrait en être de même dans le cadre du développement d'une « médecine ambulatoire »

visant les missions des structures hospitalières de proximité notamment dans le domaine des pathologies chroniques, leur prévention, leur suivi.

- S'agissant de l'organisation de la filière de soins, son optimisation doit également faire l'objet de dispositions d'encouragement et d'engagement effectives. Certains établissements sont en capacité de développer dans un temps optimisé, les délais de bilan diagnostic, de traitement et de suivi.

La logistique du parcours de soins fait l'objet de préoccupation inégale des établissements. Il y a à créer de l'emploi sur la logistique du parcours de soins. Dans le cadre des arrêts de longues durées, une bonne partie du temps d'arrêt de travail est lié au délai d'obtention des explorations de bilan initial, de traitement ou de bilan de suivi.

La réflexion commune des acteurs à la fois médicaux et administratifs des établissements hospitaliers sur la question de l'optimisation de l'ensemble des étapes du parcours de soins est à développer, à valoriser, voire à être gage d'accréditation.

### **P20 : Simplifier les règles de calcul de droit et de montant des IJ**

La Cour des comptes, dans le cadre de la validation des comptes du régime général, fait régulièrement écho de la perfectibilité de l'indice de fiabilité de la liquidation des indemnités journalières par les CPAM. Les pertes projetées montrent des niveaux non négligeables et toujours croissants d'année en année. Plus de 400 millions d'euros ont été mentionnés lors du dernier rapport. Le défaut tient pour grande partie à la complexité du calcul des montants qui devrait être simplifié et à la difficulté de récupération des indus.

La question de la mise en œuvre d'un indicateur de performance lié à l'amélioration de l'indice de fiabilité mérite d'être aussi posée tout autant que la simplification des modes de calcul.

### **P21 : Renforcer les moyens de la prévention notamment à partir des excédents de la branche AT/MP**

Si la branche AT/MP est excédentaire, le recul de la sinistralité n'est pas établi.

En près de 20 ans et depuis sa mise en œuvre, l'enveloppe de réversion de la branche AT/MP vers la branche maladie, au titre de la sous déclaration des AT et MP, votée tous les ans par le parlement sur la base du rapport des experts visés par la commission de l'art L 176-2, est passée de moins de 200 millions d'euros à plus du milliard. Le seul fait établi à ce jour est que la sous déclaration des AT et MP ne cesse d'augmenter. Ce constat de certitude ne plaide pas en faveur de l'hypothèse du recul de la sinistralité. Il pousse à conclure au maintien de la participation actuelle des employeurs sur la branche AT/MP et à l'utilisation des « excédents » au titre du renforcement de l'aide à la prévention pour les entreprises

### **P22 : Renforcer le pouvoir d'injonction des services des CARSAT sur la sinistralité constatée au sein des entreprises**

### **P23 : Mettre en place un taux professionnel tenant compte de la mesure de capacité de redéploiement dans un emploi**

Le barème AT/MP reste pénalisant sur l'évaluation du préjudice réel subi par l'accidenté notamment à l'approche de l'âge de la retraite. Des décisions justifiées d'inaptitude à l'emploi, suite à un AT ou une MP, assorties de faibles rentes conduisent à des conduites de refuge vers l'arrêt en maladie et de fait à la sous déclaration en AT/MP.

La mise en place d'un véritable taux professionnel, dans un contexte d'inaptitude à un emploi adapté, assorti d'un niveau de revenu au moins égal à un montant d'invalidité se justifierait dans les cas où la responsabilité de l'AT ou MP sur l'inaptitude est médicalement certaine.

### **P24 : Mettre en place un complément de rente à charge de l'Assurance Maladie au titre de l'Incapacité définitive au travail**

La réponse assurancielle binaire entre AT/MP ou assurance maladie pour l'imputabilité d'une lésion ou d'une pathologie est souvent médicalement complexe. Il en est ainsi de pathologies dégénératives rhumatologiques comme de situations de déstabilisation sur fond de troubles de l'humeur ou du

comportement pouvant conduire à des inaptitudes à tout emploi après fait accidentel ou maladie professionnelle.

L'incertitude médicale est traduite soit par une surévaluation du taux des rentes, soit par un repli plus favorable vers l'indemnisation « assurance maladie » avec non déclaration en AT du fait accidentel ou de la MP (exemples des pathologies du rachis ou des états de conflit employeur).

Dans ces contextes particuliers, fait accidentel reconnu, inaptitude à l'emploi au sein de l'entreprise, état global similaire à un état d'Invalidité résultant pour partie du fait accidentel et de l'évolution propre de l'assuré :

- L'indemnisation globale pourrait atteindre le montant d'une pension d'Invalidité, constitué par l'établissement d'une rente à charge de l'employeur complétée par un montant à charge de l'assurance maladie qualifié de complément d'incapacité définitive au travail.
- L'expertise médicale devrait confirmer la mixité de l'imputabilité, le niveau de la rente, la qualification de l'état d'invalidité.
- Le dispositif conduirait à l'amoindrissement des « surtaux » de rente et de leur contestation, tout autant qu'à celle des « replis » injustifiés vers l'indemnisation totale en assurance maladie

### **P25 : Ajuster la législation sur la validité des indemnités journalières après l'âge légal de la retraite**

Le dispositif de l'invalidité ne court que jusqu'à l'âge de la retraite et permet, en cas de stabilisation de l'état de santé et d'incapacité de travail, de substituer les indemnités journalières par le paiement d'une pension d'invalidité.

Au-delà de l'âge de la retraite, les indemnités journalières courent jusqu'à épuisement des droits.

En cas d'état stabilisé ou peu évolutif et après l'âge légal de la retraite, il y a lieu de clarifier le dispositif de droit aux indemnités journalières.